**Fiche de transmission**

**d’une information préoccupante**

 **au Conseil départemental (CRIP)**

**Identification de l’établissement**

Établissement ou école : Ville :

Numéro de téléphone :

Adresse mail de l’établissement :

**Identification du signalant**

Nom : Prénom : Fonction :

Adresse professionnelle :

Téléphone fixe professionnel : Téléphone fixe personnel :

Portable professionnel : Portable personnel :

**Elève concerné : Sexe**

Nom : Prénom : Date de naissance :

 Lieu de naissance :

Sexe : ❒ Masculin ❒ Féminin

Qualité : ❒ Externe ❒ DP ❒ Interne

Classe :

Adresse de la résidence habituelle de l’enfant :

Ville : Téléphone :

**Autorité parentale :**

❒ conjointe ❒ mère ❒ père ❒ autre :

**Coordonnées des titulaires de l’autorité parentale :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Père** | **Mère**Nom de jeune fille et nom d’épouse | **Autres** |
| Nom et prénom |  |  |  |
| Date et lieu de naissance |  |  |  |
| Activité professionnelle |  |  |  |
| Téléphone domicile |  |  |  |
| Téléphone portable |  |  |  |
| Adresse |  |  |  |

#### Composition de la fratrie le cas échéant

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Prénom | Date de naissance | Etablissement scolaireou profession |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Existe-t-il un suivi social ?** Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas ❒

Coordonnées du suivi :

**Existe-t-il un suivi éducatif ?** Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas ❒

Coordonnées du suivi :

## Pour le second degré public

# L’assistant social scolaire a-t-il été avisé : ❒ oui ❒ non

#

**Un certificat médical a-t-il été établi ?** Oui ❒ Non ❒ Ne sait pas ❒

Coordonnées du médecin :

**Les titulaires de l’autorité parentale sont-ils avisés ?**

❒ oui

❒ non Si non, expliquer pourquoi :

*Réactions à préciser le cas échéant (dangerosité, déni, demande d’aide, …) :*

**Lieu des faits :**

❒ intra-familial ❒ extra-familial ❒ institution ❒ autre :

**Milieu de vie :**

❒ père-mère ❒ parent seul ❒ famille recomposée ❒ élève seul ❒ autre :

**Description détaillée des faits :**

*Nom, prénom, fonction et signature du rédacteur :*

**Date d'envoi de la fiche :**

|  |
| --- |
| **TRANSMISSION** |
| **Conseil départemental****CRIP** | 🕿 02 96 77 32 36**Fax : 02 96 77 68 16** | crip22@cotesdarmor.fr |
| **TRANSMISSION simultanée à la Direction académique** |
| **Éducation Nationale****Direction académique des Côtes d’Armor**  | **🕿 02 96 75 90 57****🕿 02 96 75 90 58** | referentenfantia22@ac-rennes.fr |